Lane Medical Library

BEITRAEGE

ZUR

LOCALEN THERAPIE INNERER KRANKHEITEN.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

vorgelegt von

RUDOLPH BECKER

aus

Gotha.

Jena, 1867.

Druck von J. Hermsdorf.

Die Behandlung der Krankheiten hat in den letzten Jahren Förderungen ihrer Zwecke von den verschiedensten Richtungen her erhalten. Die rasch an Umfang und Tiefe gewinnende physikalische Diagnostik hat ihr scharfe Indicationen an die Hand gegeben. Die Forschungen auf dem Gebiete der Aetiologie haben die Prophylaxe, sowohl die des Einzelnen für sein eignes Wohl, als auch die des Staates und der Gemeinden für die Behütung aller ihrer Mitglieder, in lebhaften Aufschwung gebracht und in fruchtbringende Bahnen hingeleitet. In den letzten Jahren haben die Massregeln gegen Trichinenepidemien und die Desinfectionen während der Cholera grossartige Beispiele einer solchen Prophylaxe geboten. Die Therapie hat aber auch in sich selbst Reformen erfahren und von einer genauern Erkenntniss der Krankheiten, ihres Sitzes, ihrer Ursachen und ihres Verlaufes her Erleuchtungen und Anhaltspunkte erhalten, die um so mehr von Zeit zu Zeit betrachtet zu werden verdienen, als ihr Ent-

wicklungsgang zu allmählich erfolgte, um auffällig zu sein oder leicht zu Bewusstsein zu kommen. Unter den Reformen ist die Einfachheit der Mittel, Formen und Methoden ebenso wichtig als wohlthätig. Sie allein gestattet klares und bewusstes Handeln. Unter den neuen Wegen ist der der localen Behandlung innerer Krankheiten am meisten hervorzuheben. In den nachstehenden Mittheilungen soll von den Zweigen der localen Therapie, die sich bereits zu selbstständigen Specialitäten entwickelt haben, abgesehn werden, so von der Gynaekologie, Electrotherapie und Laryngoskopie. Dagegen sollen einige Beispiele localer Therapie im weitesten Sinne, wie sie im Gegensatze zu der ausschliesslichen Arzneianwendung per os, aufzufassen ist, hier mitgetheilt werden, die dem Material der hiesigen medicinischen Klinik entnommen, sich auf seltner noch in dieser Weise behandelte, bis jetzt keiner therapeutischen Specialität angehörige innere Krankheiten beziehen. Die bezüglichen Fälle hat Herr Hofrath Gerhardt die Güte gehabt mir zur Veröffentlichung zu übergeben, wofür ich, sowie für seine hülfreiche Unterstützung, meinem hochverehrten Lehrer herzlichen Dank zu sagen, hier Gelegenheit nehme.

Sie enthalten Beispiele:

I. Für die von Osborne in früherer Zeit, neuerdings von Liebermeister[1]) empfohlnen me-

[1]) Prager Vierteljahrschrift 1862. Band IV. p. 1.

thodisch diaphoretischen Curen bei wassersüchtigen Kranken.

II. Für die Behandlung des Icterus catarrhalis mittelst Entleerung der Gallenblase durch Compression.

III. Für die Behandlung von Entzündungen des Endocards am linken Herzen mittelst Inhalation von Alkalien.

IV. Von Injectionen von Curarelösung bei von Rückenmarkskrankheiten abhängigen Krämpfen.

V. Für die Wirksamkeit medicamentöser Inhalationen bei Lagerung auf der gesunden Seite gegen halbseitige Bronchectasie und Lungenschrumpfung.

I.

Von Liebermeister wurden 1861 Warmwasserbäder, die, während der Kranke sich darin befindet, durch Zugiessen heissen Wassers eine so hohe Temperatur erhalten, als zu ertragen möglich ist, mit nachfolgender Einpackung in wollne Decken empfohlen, als Mittel zur Beseitigung der Wassersucht bei chronischem Morbus Brightii. Die gewissenhafte Aufzählung der früheren Versuche in ähnlicher Richtung, namentlich diejenigen von Osborne, thut dem Verdienste Liebermeister's, diese werthvolle Methode in die heutige Therapie wieder neu eingeführt zu haben, keinen Abbruch. Er hat dieselbe auf's Ausführlichste begründet und namentlich nachgewiesen, dass dieselbe ausser einer colossalen Schweissabsonderung, zugleich eine reichliche Diurese zu bewirken im Stande ist. Ziemssen[1]) hat den berechtigten Wirkungskreis dieses Verfahrens weiter ausgedehnt auf die verschiedensten Formen der Wassersucht des Unterhautbindegewebes und der serö-

[1]) Deutsches Archiv für klinische Medicin Band II. pag. I.

sen Säcke, namentlich auch auf solche, die durch Herzfehler, Lungenemphysem, Lungenschrumpfung und Tuberculose bedingt waren. In einem seiner Fälle (Hydrops nach Scarlatina) verlor der Kranke über ein Fünftel seines Körpergewichts. Ziemssen hat zugleich gezeigt, dass Warmwassereinpackungen einen ähnlichen, doch geringeren Erfolg haben wie Warmwasserbäder. Die Versuche in hiesiger Klinik wurden theilweise nach diesen beiden Methoden, theilweise mit Sandbädern ausgeführt; letztere gestatten ohne Nachtheil eine Erhitzung bis über 40° R., wirken noch intensiver als Warmwasserbäder schweisserregend, werden jedoch des unvermeidlichen Staubes halber nicht von allen Kranken vertragen; auch die Schwere des Sandes hindert oft daran, mehr als die untere Körperhälfte damit zu bedecken. Sie wurden namentlich dann in Anwendung gezogen, wenn die Warmwasserbäder ihren Dienst versagten[1]). Von den hier behandelten Fällen will ich aufführen:

1) und 2) zwei Lebercirrhosen, davon eine bis zum Verschwinden des zuvor bestandnen Hydrops As-

[1]) Beiläufig sei erwähnt, dass solche Sandbäder, sowohl bei chronischen Gelenkrheumatismen („Arthritis deformans") in ihren schlimmsten Formen, ebenso bei einigen Kranken mit grauer Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarkes vorzügliche Dienste geleistet haben; namentlich von den mit erster Krankheit Behafteten wurden Mehrere vollständig wieder hergestellt. Auch das benachbarte Bad Köstritz, das sich dieses Heilmittels in sehr gut arrangirter Weise bedient, soll, wie ich höre, sehr günstige Erfolge bei chronischen Gelenkrheumatismen liefern.

cites und Anasarka bei dieser Behandlung gedieh, während die andre völlig erfolglos derselben unterzogen wurde. Der Grad der Verengerung des Pfortadercapillarsystems war offenbar in beiden ein sehr verschiedner. Der höhere Grad der Schrumpfung des Leberbindegewebes gab sich schon dadurch zu erkennen, dass in dem erfolglos behandeltem Falle Icterus bestand, in dem andern nicht. 3) eine Ovariencyste, die dünnwandig und mit überwiegend wässriger Flüssigkeit gefüllt, eine deutliche Abnahme ihres Umfanges, im Verlauf der diaphoretischen Behandlung erkennen liess, jedoch der Massenhaftigkeit ihres Inhaltes halber, auf einem andern Wege, dem der Punction, völlig entleert werden musste. Immerhin konnte dabei festgestellt werden, dass diese Methode auch auf so beschaffne Cysten einen deutlichen Einfluss übt, und es lässt sich die Hoffnung daran knüpfen, dass kleine, dünnwandige Ovariencysten auf diese Weise entweder geheilt, oder doch sehr in ihrer Fortentwicklung gehemmt werden können. 4) einen Herzkranken, der bald durch Digitalisanwendung, bald durch dieses Verfahren, auf Wochen und Monate wieder arbeitsfähig gemacht wurde, freilich am Ende seinem Uebel erlag.

1. Cirrhosis hepatis. Ascites. Anasarka. Heilung durch Schwitzbäder.

Wilhelm St. 40 Jahr, aus Dorfsulza, Tagelöhner, vom 20. Dec. 1865 bis 18. Feb. 1866 behandelt.

Im 2. Jahr Typhus, vor 4 Jahren angebl. Dysenterie. Wurde am 10. Nov. 68 an einem plötzlichen Schmerze in der regis epigastrica bettlägerig, dabei Erbrechen und starke Diarrhoe. Seit 4 Wochen Anschwellung des Leibes, Anasarka. Appetit fehlt, icterische Erscheinungen wurden nicht bemerkt.

Status praesens: Geringer Stand der Ernährung. Welke, fahle abschilfernde Haut mit leicht icterischem Colorit. Conjunctiva gelblich. Thorax lang, Hypochondrien erweitert.

Unterleib stark aufgetrieben. Respiration ruhig, Puls 76. Percussion und Auscultation zeigen nichts Abnormes. Die Leberdämpfung hat in der Parasternallinie eine Breite von $8^1/_2$ Ctmtr., eine Flüssigkeitsschicht ist zwischen Leber und Bauchwand zu fühlen; untrer Rand unzugänglich. Milzdämpfung gering vergrössert. Deutliche Fluctuation bis zu den Hypochondrien.

Vom 23. Dec. an wurde eine diaphoretische Cur mit Schwitzbädern eingeleitet. Temp. der Bäder 31° R.

In den ersten Tagen Schweisssecretion verhältnissmässig gering.

26. Dec. Stärkerer Schweiss. Spannung der Bauchdecken fängt an nachzulassen.

28. Dec. Das Körpergewicht beträgt $181^1/_2$ Pfd. Das Oedem der Füsse nimmt ab.

29. Dec. Untrer stumpfer Leberrand zum ersten

Mal fühlbar, ebenso der linke Lappen. Die Dämpfung ergiebt sich jetzt 15 Ctmtr. breit. Leberoberfläche hart, uneben, im mittleren Theile vorgewölbt.

3. Jan. 66. Körpergewicht unter täglich fortgesetztem Schwitzen und Abnahme des Ascites bis auf 168 Pfd. herabgegangen.

10. Jan. Gewicht 160½ Pfd. Appetit kehrt zurück.

13. Jan. Oedem der untern Extremitäten fast gänzlich geschwunden. Ascites bedeutend im Abnehmen. Meso- und Epigastrium im Vergleich zu den Hypochondrien nur noch wenig vorgewölbt, von letzteren das rechte stärker prominent.

18. Jan. Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Es stellt sich reichlichere Urinsecretion ein, bis zu 2000 Ctmtr. Ascites nur noch spurweise.

7. Feb. Körpergewicht gestiegen auf 166⅕ Pfd. Patient fühlt sich verhältnissmässig kräftig und durch das immer noch andauernde starke Schwitzen im Bade wenig afficirt. Die Form des Leibes zeigt noch immer zwei Hervorwölbungen, deren obere, stärkere, der vergrösserten Leber angehört, deren untere geringere zwischen Nabel und Symphyse fällt.

Der Kranke verliess am 18. Feb. mit einem Körpergewicht von 172 Pfd. und relativ wohl die Anstalt.

2. Cirrhosis hepatis mit Icterus. Erfolglose achtwöchentliche Schwitzkur.

Conrad M. 18 Jahr aus Tüma bei Vacha, Oeconom, vom 20. Aug. 1866—15 Jan. 1867 behandelt. Als Kind und früher angeblich gesund, datirt sein Leiden seit zwei Jahren wo sich die ersten Symptome, Mattigkeit, Herzklopfen, Kurzathmigkeit bemerkbar machten. Verdauungsstörungen, Icterus, Xanthopsie, entfärbter Stuhl bestanden nicht, nur eine leichte Anschwellung der Hypochondrien, namentlich des rechten, welche seitdem stetig zunahm.

Status praesens. Mittlerer Stand der Ernährung, mässige Musculatur, bläuliche und icterische Färbung des Gesichts, der Lippen und Extremitäten. Conjunctiva deutlich gelblich. Die übrigen Schleimhäute blass. Thorax kurz. Sternovertebraldurchmesser nach unten erweitert. Proc. xiphoideus nach vorn gedreht und spitz vorstehend. Respiration ruhig. Auscultation normal, Percussionsschall von der dritten Rippe an leicht tympanitisch, Herzdämpfung nahezu normal, Herzstoss an normaler Stelle, Diaphragma an der 6. Rippe, die Leberdämpfung reicht in der Papillarlinie bis zum Epigartrium in einer Breite von 12 Ctmtr. Unter Leberrand deutlich und hart zu fühlen, ebenso der linke Lappen, mit scharfen zu umgreifendem Rande. Oberfläche nicht ganz eben, zwischen ihr und der Bauchwand deutliche Zeichen von Flüssigkeit. Milzdämpfung

in rechter Seitenlage etwa 12 Ctmtr. breit. Hochgradiger Ascites. Die Circumferenz des Leibes über den Nabel gemessen beträgt 92 Ctmtr. über die Hypochondrien und den 7. Rippenknorpel 98½ Ctmtr.

Am 21. Aug. wurde eine diaphoretische Cur mit Schwitzbädern eingeleitet. Temp. der Bäder 30°R.

21. Aug. Gewicht vor dem Bade 136½ Pfd., nach dem Bade 134 Pfd. Urin 600 Ctmtr., dunkel mit etwas Eiweiss und Gallenfarbstoff.

22. Aug. Gewicht vor dem Bade 135¼ Pfd., nach dem Bade 134. Urin 1000 Ctmtr. heller. Nach dem Schwitzen Mattigkeit.

29. Aug. Gewicht vor dem Bade 139½ Pfd., nach dem Bade 136. Urin 1600 Ctmtr. dunkel, sp. Gewicht 1026. Die Abdominalcircumferenz beträgt über den Nabel 96½ Ctmtr., über die Hypochondrien 99 Ctmtr.

31. Aug. Sandbäder. Gewicht vor dem Bad 143 Pfd., nach dem Bad 141¾ Pfd.

6. Sept. Gewicht vor dem Bad 145½, ebensoviel nach dem Bade. Untersuchung der Leber und des Abdomens zeigt denselben Befund, der untere Theil des letzteren ist stärker ausgedehnt, mit einzelnen sichtbaren Venenverzweigungen.

7. Sept. Gewicht vor dem Bade 145¾ Pfd., ebensoviel nach dem Bade. Patient schwitzt sowohl in dem bis auf 40°R. erhitzten Sandbade, als bei der darauf

folgenden Einwickelung in wollne Decken nur sehr mässig.

10. Sept. Es wurde wieder zu Wasserbädern übergegangen. Gewicht vor dem Bade 144½ Pfd., nach dem Bade 142 Pfd.

Von da ab hielt sich das Körpergewicht unter consequenter Fortsetzung der Schwitzbäder längere Zeit auf der mittleren Höhe von 143 Pfd. Am 18. Sept, betrug die Circumferenz des Leibes über den Nabel gemessen 93½ Ctmtr., über die Hypochondrien 100½ Ctmtr. Sein Minimum ereichte das Körpergewicht am 21. Oct. wo es bis zu 137½ Pfd. herabgegangen war. Darauf erlangte es bei Aussetzung der Bäder am 10. Nov. wieder ein Maximum von 146 Pfd., war jedoch bis zum 18. Nov. in Folge erneuten Schwitzens wieder bis zu 143½ Pfd. gefallen. Am 19. Nov. betrug der Leibescircumferenz über den Nabel 97½ Ctmtr. In der Unterbauchgegend Anfänge cutaner Zerreissungen. Von hier ab wurden die Bäder sistirt. Patient trat am 15. Jan. 1867. mit einem Körpergewicht von 147 Pfd. und einem Leibesumfang in der Nabelhöhe von 98 Ctmtr. aus.

3. Hydrops ovarii dextr. Besserung durch Schwitzkur.

Wilhelmine Sch., 25 Jahr, aus Wolfersdorf. Vom 16. Mai bis 30. Juli dieses Jahres behandelt. In der Jugend die Masern. Mit 16 Jahren menstruirt, erlitt sie bis Sommer 1863 keine wesentlicheren Gesund-

heitsstörungen. Von da ab zeitweiliges Anschwellen der Füsse, und eine periodische, an die jedesmalige Wiederkehr der Menses gebundene Anschwellung des Leibes. Letztere verschwand zuerst regelmässig mit der Menstruation, wurde später stationär und nahm seit Weihnachten 1866 bis zu ihrem jetzigen Umfange zu. Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört.

Status praesens. Mittlerer Stand der Ernährung, geringes Fettpolster, Thorax kurz, Diaphragma am untern Rand der dritten Rippe, Spitzenstoss im 3. Intercostalraum, Herzdämpfung beginnt auf der 2. Rippe, Percussionsschall von der 3. Rippe abwärts überall leer, Auscultation normal, Leib bedeutend ausgedehnt und kugelig gespannt, Nabel prominent, Venennetz sichtbar, überall feinwellige Fluctuation.

Vom 18. Mai an wurde eine diaphoretische Cur mit Schwitzbädern begonnen. Temp. der Bäder 33° R.

Gewicht vor dem Bade 158¼ Pfd., nach dem Bade 157¼ Pfd.

Maass vom Processus xicphoideus bis zum Nabel 29 Ctmtr.

Maass vom Nabel bis zur Symphyse 29½ Ctmtr.

Abstand der Spinae, über den Leib weg 76 Ctmtr.

Maass von der Spitze der 11. Rippe zur Mitte des Lig. Poupart. 71½ Ctmtr.

Umfang der Thoraxbasis 87 Ctmtr.

Circumferenz des Leibes in der Nabelhöhe 117 Ctmtr.

19. Mai. Gewicht vor dem Bade 158 Pfd., nach dem Bade 156½ Pfd. Maasse: Prox xiph. — Nabel 28½ Ctmtr. (½ Ctmtr. —) Nabel — Symphyse 30½ Ctmtr. (1 Ctmtr. +) Spinae 70 Ctmtr. (6 Ctmtr. —) 11. Rippe — Lig. Poup. 73 Ctmtr. (1½ Ctmtr. +) Thoraxbasis 88½ Ctmtr. (1½ Ctmtr. +) Leibesumfang 117 Ctmtr.

20. Mai. Gewicht vor dem Bade 157¾ Pfd., nach dem Bade 156½ Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel 26½ Ctmtr. (2 Ctmtr. —) Nabel — Symphyse 31 Ctmtr. (½ Ctmtr. +) Spinae 70½ Ctmtr. (½ Ctmtr. +) 11. Rippe — Lig. Poup. 72 Ctmtr. (1 Ctmtr. —) Thoraxbasis 89½ Ctmtr. (1 Ctmtr. +) Abd. umfang 116½ Ctmtr. (½ Ctmtr. —).

21. Mai. Gewicht vor dem Bade 157 Pfd., nach dem Bade 155½ Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel 25 Ctmtr. (1½ Ctmtr. —) Nabel — Symphyse 29 Ctmtr. (2 Ctmtr. —) Spinae 72½ Ctmtr. (2 Ctmtr. +) 11. Rippe — Lig. Poup. 70½ Ctmtr. (2 Ctmtr. —) Thoraxbasis 93 Ctmtr. (2½ Ctmtr. +) Abdominal circumferenz 116 Ctmtr. (½ Ctmtr. —).

28. Mai. Gewicht vor dem Bade 154 Pfd., nach dem Bade 153 Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel 24 Ctmtr. Nabel—Symphyse 30½ Ctmtr. Spinae 70 Ctmtr. 11. Rippe — Lig. Poup. 66 Ctmtr. Thoraxbasis 91 Ctmtr. Abd. umfang 114 Ctmtr.

31. Mai. Gewicht vor dem Bade 152¼ Pfd., nach dem Bade 150½ Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel

23½ Ctmtr. Nabel—Symphyse 25 Ctmtr. Spinae 73Ctmtr. 11. Rippe — Lig. Poup. 65½ Ctmtr. Toraxbasis 92½ Ctmtr. Abd. umfang 114 Ctmtr.

3. Juni. Gewicht vor dem Bade 150½ Pfd., nach dem Bade 148¾ Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel 22½ Ctmtr. Nabel—Symphyse 27½ Ctmtr. Spinae 68 Ctmtr. 11. Rippe — Lig. Poup. 63½ Ctmtr. Thoraxbasis 88½ Ctmtr. Abd. umfang 112 Ctmtr.

6. Juni. Gewicht vor dem Bade 150½ Pfd., nach dem Bade 149 Pfd. Maasse: Proc. xiph. — Nabel 22½ Ctmtr. Nabel—Symphyse 27½ Ctmtr. Spinae 70 Ctmtr. 11. Rippe — Lig. Poup. 64½ Ctmtr, Thoraxbasis 94½ Ctmtr. Abd. umfang 111½ Ctmtr.

12. Juni. Gewicht vor dem Bade 153 Pfd., nach dem Bade 151½ Pfd. Maase: Proc. xiph. — Nabel 24 Ctmtr. Nabel—Symphyse 26 Ctmtr. Spinae 67 Ctmtr. Thoraxbsis 94 Ctmtr. Abd. umfang 114 Ctmtr.

Von da ab wurden die Bäder sistirt. Das Allgemeinbefinden des Kranken war fortwährend befriedigend. Am 9. Juli ergaben sich folgende Maase und mit folgenden Differenzen gegen die erste Messung vom 18. Mai:

Maass vom Proc. xiph. bis zum Nabel 24 Cm. 4 Ctmtr. —
Maass vom Nabel bis zur Symphyse 29 Ctmtr. ½ Ctmtr.
Abstand der Spinae 73½ Ctmtr. . . . 2½ Ctmtr —
Maass von der Spitze der 11. Rippe bis zur
Mitte des Lig. Poup. 65½ Ctmtr. . . 6 Ctmtr. —
Umfang der Thoraxbasis 93 Ctmtr. . . 6 Ctmtr. —

Circumferenz des Leibes in der Höhe des Nabels 117 Ctmtr. . . . . — — —

Das Körpergewicht betrug 157 Pfd. . . . $1\frac{1}{4}$ Pfd. —

An demselben Tage wurde die Punction vorgenommen, bei welcher sich 21000 Ctmtr. dünner Flüssigkeit entleerten.

4. Insuff. valvular. venosar Thrombosis cordis, Embolia arter. pulmon. Hydrothorax, Bronchectasia, Bronchitis catarrh. chron. (anatomische Diagnose.) Besserung durch Digitalis und Schwitzbäder bis zum Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit.

Friedrich M., 63 Jahr, aus Arnoldsgrün, Kutscher vom 8. Nov. 1865 bis zu seinem Tode am 14. März 1867 behandelt. Bis zum 62. Jahre angeblich gesund. Im Frühjahr 1864 sechs Wochen bettlägerig, litt er an Athemnoth, vielen Durst, Appetitmangel, Durchfällen, Anschwellung der Füsse, später der Beine und des Scrotum's. Vierzehn Tage vor der Aufnahme wieder Luftmangel und Oedeme, Husten mit wenig Sputis ohne Herzklopfen.

Status praesens. Gute Ernährung. Starkes Oedem der untern Extremitäten, der Handrücken, mässiges der Haut des Leibes. Gesicht cyanotisch. Venen stark gefüllt. Rechte Ingularvene stark erweitert. Thorax kurz. Respiration angestrengt, Epigastrium vorgewölbt, mässiger Ascites. Percussionschall rechts von

der Papillarlinie an gedämpft. Herzstoss schwach im 6. Intercostalraum, in der Papillarlinie. Herzdämpfung beginnt auf der 3. Rippe, geht links bis zum Spitzenstoss, rechts in genannte Dämpfung über. An der Herzspitze systolisches Geräusch; übrigen Töne schwach. am rechten Sternalrand ein Reibegeräusch. Rechts hinten unten Dämpfung mit zahlreichen feuchten Rasselgeräuschen. Leber etwas vergrössert. Starke Dyspnoe. Angst, Unruhe, hastige Sprache, Herzaction unregelmässig. Radialpuls 156 und öfters aussetzend, Temparatur 29,6.

Patient wurde damals hauptsächlich mit Digitalis behandelt und am 11. Jan. 1866 wesentlich gebessert und arbeitsfähig entlassen.

Bei in nächster Zeit mehrfach erfolgtem Wiedereintritt des Kranken, bot derselbe im Wesentlichen immer denselben Praesenzstand dar. Dyspnoe, Oedeme. Husten, in der Regel auf kurze Zeit gebessert, erreichten bald wieder ihre frühere Höhe.

Nachdem bereits schon früher durch Einwickelungen und Schwitzen in nassen Tüchern (Temp. des Wassers 35° R.) die Oedeme zeitweise mit Erfolg bekämpft worden waren, wurde am 14. Jan. 1867 eine diaphoretische Cur mit Schwitzbädern begonnen. Temp. der Bäder 31° R.

15. Jan. Wenig Schweiss. Körpergewicht 124 Pfd. Urin 1000 Ctmtr.

18. Jan. Schweiss bereits stärker. Oedem nimmt

etwas ab, die Füllung der Venen am Halse ebenfalls. Urin 1800 Ctmtr.

19. Jan. Gewicht vor dem Bade 120 Pfd., nach dem Bade 118 Pfd. Urin 1600 Ctmtr.

20. Jan. Gewicht vor dem Bade 118 Pfd., nach dem Bade 116 Pfd. Urin 1500 Ctmtr.

21. Jan. Gewicht vor dem Bade 117½ Pfd., nach dem Bade 116 Pfd. Urin 1300 Ctmtr.

22. Jan. Gewicht vor dem Bade 117 Pfd., nach dem Bade 116 Pfd. Urin 1400 Ctmtr.

23. Jan. Cyanose geringer. Puls der Ingularis undeutlich zu fühlen. Husten, starke Dyspnoe, Radialpuls 104. unrhytmisch. Urin 1200 Ctmtr. Oertlich keine Veränderung.

26. Jan. Gewicht vor dem Bade 115 Pfd., nach dem Bade 113½ Pfd.

Vom 11. Feb. ab wurde wieder zu Einwickelungen übergegangen.

Am 14. März Tod nach starker Dyspnoe und Somnolenz.

II.

Von Prof. C. Gerhardt[1]) wurde 1863 als directe Therapie des Icterus catarrhalis die Entleerung der Gallenblase durch Druck mittelst der aufgelegten Hand von den Bauchdecken aus empfohlen. Zu dem gleichen Zwecke waren früher in Anwendung, oder wenigstens in Vorschlag gebracht worden, die Faradisation der Gallenblasengegend von den Bauchdecken aus und die Anwendung der Brechmittel[2]). Das erstere Verfahren ist weniger sicher, das zweite weniger direct und mehr laedirend als diese mechanische manuelle Entleerung der Gallenblase und der übrigen zwischen ihr und den Duodenum gelegnen Gallenwege. Eine genaue Percussion der Gallenblase muss vorausgehen und den Ort und die Anwendbarkeit des Verfahrens sicher stellen. Vorausgesetzt, dass nicht angeborne Form- oder Lagerungsanomalien der Gallenblase stattfinden, und dass dieselbe nicht in Folge früherer Entzündungen ge-

---

[1]) Würzburger Med. Zeitschrift, Band IV. p. 312.
[2]) Frerichs Klinik der Leberkrankheiten II. p. 421.

schrumpft ist, wird die Möglichkeit des Nachweises einer percutirbaren Gallenblasengeschwulst nicht leicht mangeln. Bei der einmaligen Untersuchung könnte dort wo Hydrops vesicae felleae besteht, oder ein anderweites Hinderniss für den Gallenabfluss vorliegt, wie z. B, Croup der Gallenwege oder Ascoriden in derselben, eine Täuschung möglich sein, abgesehen hiervon ist das Verfahren ein einfaches und sicheres. Die wiedererscheinende gallige Färbung der nächsten Stühle gibt jedesmal den sicheren Beweis für dessen Wirksamkeit ab. Nach den beiden schon früher in der erwähnten Abhandlung veröffentlichten Fällen ist nur noch einer, der die Diagnose des Icterus catarrhalis zuliess in hiesiger Klinik zur Beobachtung gekommen. Das Resultat der eingeschlagnen Behandlung entsprach vollständig der zu hegenden Erwartung. Indem ich denselben mittheile brauche ich kaum zu bemerken, dass durch dieses Verfahren, das den Schleimpfropf aus dem Ductus choledochus zu entfernen trachtet, alle diejenigen Methoden, welche gegen den Catarrh des Magens und Duodenum's selbst gerichtet sind, keineswegs entbehrlich gemacht werden.

Icterus catarrhalis. Heilung durch Ausdrücken der Gallenblase.

Eduard W., 26 Jahr, aus Koenigshofen, Postillon; vom 18.—24. Juni 1864 behandelt, klagte über Frösteln, Schmerzen im Magen und Unterleib, Aufstossen, Er-

brechen, bittern Geschmack im Munde und Durchfall. Conjunctiva und Haut des Gesichts und Körpers stark icterisch gefärbt. Unterleib vorgewölbt, ebenso und stärker die Magengegend. Leber nicht vergrössert. Der obere Abschnitt des rechten Rectus abdom. ist stärker vorgewölbt. Entsprechend dieser bei Druck schmerzhaften Vorwölbung ist die Gallenblase zu percutiren.

Bei einem auf dieselbe und in der Richtung des Duct. choledoch. ausgeübten Druck, verkleinert sie sich merklich. Ord. Fel. Taur. insp. Ext. Rhei aa. ʒi. in 20 Pillen.

Am 24. Juni fühlt sich Patient wohler, die Stühle sind wieder dunkel gefärbt. Appetit kehrt zurück, die gelbe Färbung der Haut verliert sich mit etwas Jucken. Conjunctiva noch gelb. Die Wölbung im obern Abschnitt der Recti abd. ist jetzt beiderseits gleich. Gallenblase bedeutend kleiner, Druck nicht mehr schmerhaft.

III.

Wenn man die Mitral- oder Aortenklappen bei gegebner Endocarditis als den Punkt ansieht, an welchen hin dem Körper einverleibte Medicamente mittelst des Blutstromes gelangen müssen, und zwar in einer gewissen nicht geradezu minimalen Concentration gelangen müssen, so ist es leicht verständlich, dass die Haut in der Herzgegend des Brustkorbs nahezu die mindest geeignete Applicationsstelle ist. Arzneimittel, die geschluckt werden, müssen den Weg des Pfortadergebiets durchlaufen, um durch die Lebervenen ins rechte und endlich durch die Lungenvenen ins linke Herz an den fraglichen Punkt hinzugelangen. Sie werden mittlerweile namentlich bei langsamer Resorption durch all das Blut, das aus den übrigen Pfortaderwurzeln kommt, stark verdünnt werden. In das subcutane Zellgewebe oder selbst zufälligerweise in kleine Venen injicirte Arzneimittel werden durch den ganzen Weg des Körpervenenstrom's, durch das rechte Herz und den kleinen Kreislauf hindurch passiren müssen, ehe sie mit

der gewünschten Stelle in Berührung kommen. Gesetzt es fände eine ausgiebige Resorption zerstäubt eingeathmeter Arzneilösungen von Seiten der Lungencapillaren statt, so würden diese Lösungen verhältnissmässig weniger verdünnt, und am aller raschesten an die leidende Stelle hin geworfen werden.

Obwohl nun Versuche für leicht im Harn chemisch nachweisbare Körper (Jodkalium, Blei) und für leicht an ihren physiologischen Wirkungen erkennbare Körper (Atropin) keine, oder nur eine geringe (Blei) Resorptionsfähigkeit ihrer Lösung auf diesen Wege gezeigt haben,[1]) so haben doch die Versuche mit Einathmung von Alkalien, welche in hiesiger Klinik angestellt wurden, ein so günstiges Resultat geliefert, dass man kaum die Meinung abweisen kann, es möchten diese, während Jodkalium nicht, Blei wenig resorbirt wird, reichlich auf diesem Wege aufgenommen werden. Das gerade Lösungen kohlensauren Natrons zu diesem Experimente versucht wurden, hatte weniger in der alten Theorie von überflüssiger Säurebildung bei acuten Gelenkrheumatismen, der ergiebigsten Ursache jener Endocarditen, seinen Grund, als in der lösenden Wirkung, welche dieselben Gerinnseln albuminartiger Körper gegenüber ausüben. Sollten auch diese Versuche wider Erwarten anderweitige Bestätigung nicht finden, so scheint doch

[1]) Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaft Band III p. 335.

dieser therapeutische Weg, sowohl wenn es sich um linkseitige Klappenendocarditis handelt, als auch dann, wenn Gerinnsel im linken Herzen anzunehmensind, als der einzige ganz nahe und ergiebige Erfolge versprechende, weiterer Versuche werth zu sein.

1. Zeichen linkseitiger Endorcarditis nach einer Sectionsverletzung am Finger. Anfälle von Herzklopfen und Angst, Heilung nach Inhalationen kohlensauren Natrons.

G R. aus Coburg, vom 19. Dec. 1865 bis 9. Jan. 1866 behandelt, früher gesund, später öfters Herzklopfen namentlichbei Anstrengung, zog sich 3 Wochen vor der Aufuahme eine Verletzung beim Präpariren am linken Zeigefinger zu und erkrankte bald darauf mit nächtlichen Schüttelfrösten und Hitzgefühl ohne Schweiss.

Status praesens. Kräftige Ernährung und Musculatur, leichte Cyanose des Gesichts, Bulbi promenirend. Halsgefässe stark gefüllt. Thorax gut gebaut, links durch die ruhigen Athembewegungen weniger bewegt als rechts. Diaphragma rechts an der 6. Rippe. Herzstoss schwach, im 5. Intercostalraum in der Papillarlinie, Herzdämpfung nach oben gering vergrössert. Erster und zweiter Ton an der Herzspitze mit Blasen begleitet, ebenso der erste Ton über der Aorta und Pulmonalis. Auscultation und Percussion der Lunge normal. Puls 76. Temp. normal.

21. Dec. Herzdämpfung etwas über dem rechten Sternalrand vergrössert, Schmerz in der linken Seite, ebenso Herzklopfen, Beängstigung und starker Schweiss.

22. Dec. Befund derselbe, Befinden des Patienten etwas besser.

24. Dec. Morgens starker Anfall von Herzklopfen mit Angstgefühl ohne Frost. Puls 88. Tempratur normal. Die blasenden Geräusche am Herzen bestehen in derselben Weisse, das Geräusch über dem linken Ventrikel ist zu einem deutlichen Anstreifen geworden.

Vom 27. Dec. an begann Patient Inhalationen von Natr. bicarbon. (ʒi/ʒvii) 3mal täglich zu machen.

Nachts trieb ein erneuter Anfall von Herzklopfen denselben aus dem Bette. Puls 104. Temp. normal. Urin 4300 Ctmtr., sp. Gewicht 1004.

28. Dec. Früh morgens Unruhe mit Herzklopfen Am Herzen keine Änderung. Urin 3600 Ctmtr., sp. Gewicht 1006.

29. Dec. Etwas Schmerz in der linken Seite. Oefter Gefühl stärkerer Schläge im Herzen. Herzdämpfung normal. Puls 108. Appetit und Allgemeinbefinden gut.

30. Dec. Es werden linkerseits in der Papillargegend umherziehende Schmerzen geklagt. Urin 3000 Ctmtr., sp. Gewicht 1005.

31. Dec. Am Ende der ersten Pulmonaltons ein

leicht krachendes Geräusch. Sonst keine Aenderung. Urin 3000 Ctmtr., sp. Gewicht 1009.

1. Jan. 1866. Nachts plötzlicher Anfall von Schreck mit Herzklopfen und Gefühl von Durchrieseln des Körpers. Puls 120, nach Morph. acet. gr. $^1/_4$ Ruhe. Allgemeinbefinden am Tage gut.

5. Jan. Allgemeinzustand gut. Kein Angstanfall wieder. Bei Bewegung Beschleunigung und Verstärkung der Herzaction. Dämpfungsgränzen normal. Geräusche theilweis noch bestehend. Ausgetreten am 9. Januar.

2. Acuter Gelenkrheumatismus zum dritten Mal. Insuff. der Aorten- und Mitralklappe. Zeichen frischer Endo- und Pericarditis. Rasche Heilung nach Inhalationen von kohlensaurem Natron.

Huldreich H., 18 Jahr, aus Jenalöbnitz. Tischler, vom 18. Sept bis 15. October 1867 behandelt, früher gesund, später zweimal Rheumatismus, vor $1^1/_2$ Jahren Masern. Diesmal begann die Erkrankung am 13. Sept. mit Schüttelfrösten und bald darauf folgenden Gelenkschmerzen.

Status praesens. Kleine Statur, Musculatur und Fettpolster spärlich. Leichte Kyphose. Physikalische Untersuchung der Lunge normal. Herzdämpfung beginnt auf der dritten Rippe, geht rechts bis zum Sternalrand, links über die Papillarlinie hinaus bis zum Spitzenstoss im 6. Intercostalraum. Herzgegend mässig

vorgewölbt und schmerzhaft. Mitraltöne durch ein starkes Reibegeräusch verdeckt, dasselbe nur schwächer an der Tricuspidalis. Aortentöne dumpf, 2. Pulmonalton accentuirt und mit einem schabenden Geräusch begleitet. Pulsationen fühl- und sichtbar. Puls 108. Temperatur 31,6. Fast alle Gelenke mehr oder weniger geschwollen und schmerzhaft.

Am 20. Sept. wurden Inhalationen einer Lösung von Natr. bicarbon. ($1^1/_2$:100) 3mal täglich begonnen.

21. Sept. Herzdämpfung wie früher, Spitzenstoss hebend mit diastolischem Schwirren verbunden, Geräusche an der Spitze mehr blasend. Erster Aortenton unrein, 2. durch ein Geräusch verdeckt, 2. Pulmonalton stark accentuirt und mit dem früheren Geräusche begleitet. Active Bewegung des Gelenke unmöglich.

23. Sept. Spitzenstoss etwas nach innen gerückt. Schwirren schwächer, ebenso die Pulsation des Pulmonalis. Obere Dämpfungsgränze bis zur 4. Rippe herabgerückt. Rechtseitige Herzdämpfung unbedeutend. Erster Mitralton schwach schabend, zweiter unrein. Geräusch an der Pulmonalklappe wie früher. Grössere Anzahl der befallenen Gelenke frei von Schmerz.

24. Sept. Rechtseitige Herzdämpfung verschwunden, linkerseits Dämpfungsgränze und Spitzenstoss nach aussen von der Papillarlinie, letztrer mit diastolischem Schwirren. In den Geräuschen keine Aenderung.

25. Sept. Spitzenstoss und Schwirren schwächer.

Systolisches Geräusch über der Mitralis und Tricuspidalis. Aortentöne wie früher. Der zweite Ton an der Pulmonalis stark und mit anhängendem Geräusch.

30. Sept. Herzdämpfung fast normal. Spitzenstoss noch ausserhalb der Papillarlinie. Geräusche wie früher. Gelenkaffection fast ganz geschwunden.

1. Oct. Patient verlässt zum ersten Mal das Bett. Herzdämpfung nahezu normal. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum noch etwas nach aussen gerückt, mit leichtem Schwirren. An der Spitze dauerndes systolisches Geräusch. An der Basis leichtes die zweiten Töne begleitendes Schaben.

4. Oct. Subjectives Wohlbefinden. Spitzenstoss bis auf die Papillarlinie nach innen gerückt. Geräusch an der Mitralis mit leichtem Schwirren. Töne an der Tricuspidalis rein, an der Herzbasis die zweiten Töne mit leicht schabendem Anflug.

Am 5. Oct. ausgetreten.

3. Subacuter Gelenkrheumatismus. Dauerndes Herzklopfen, öftere Ohnmachten. Wahrscheinliche Mitralinsufficienz, Heilung nach Inhalationen von kohlensaurem Natron.

Lina Sch. 20 Jahr, aus Frauenpriessnitz, vom 12. Dec. 1865 bis 19. Juni 1866 behandelt. Früher bis auf Kinderkrankheiten gesund, mit 14 Jahren menstruirt, gebar im Mai 1865, im Wochenbett längere Zeit unwohl, später Gesichtserysipel. Seit mehreren Wochen

wechselnde Schmerzen in den Gliedern, Herzklopfen, Beängstigung, Appetitmangel, Schwindel, Ohnmachten.

Status praesens. Mittlerer Stand der Ernährung. Thorax flach, Diaphragma rechts an der 6. Rippe, Spitzenstoss im 5. Interostalraum, etwas nach aussen von der Papillarlinie, die Herzdämpfung beginnt auf der 4. Rippe, geht rechts etwas über den Sternalrand. An der Herzspitze starkes beide Momente erfüllendes Geräusch, 2. Pulmonalton verstärkt. Erster Ton über der Aorta von Blasen begleitet. Percussion und Auscultation der Lunge normal. Das Gehen ist erschwert. Bewegung im Hüft- und Kniegelenk schmerzhaft. Ebenso Bewegung der oberen Extremitäten behindert. Mehrere Metacarpalknochen und Phalangen etwas verdickt. Puls 92. Temperatur 29, 6.

20. Dec. Nachts Schmerzen und Unruhe. Herzdämpfung beginnt auf der 4. Rippe, doch wird schon auf der 2. der Schall bedeutend kürzer. Spitzenstoss verstärkt, 11 Ctmtr vom linken Sternalrand mit deutlichem Schwirren, Klappenschluss der Pulmonalis fühlbar, Geräusche an der Herzspitze schwächer, Herzaction unregelmässig, Blutwelle klein, Schmerz am linken Sternalrand.

Vom 31. Dec. ab, wurden Inhalationen von Natr. bicarbon. (5i/ʒvii.) dreimal täglich begonnen.

2. Jan. Herzstoss schwächer, Schwirren undeutli-

cher. Reibegeräusch noch am linken Sternalrand abwärts zu hören.

7. Jan. Herzbewegung unregelmässig. An der Spitze keine Aenderung. Erster Ton an der Aorta durch ein Geräusch verdeckt, zweiter dumpf. Der zweite Pulmonalton accentuirt. Reibegeräusch noch deutlich.

17. Jan. Herzklopfen, Herzaction unregelmässig. An der Spitze zwei Geräusche hörbar. Dämpfungsgrenzen unverändert. Puls während der Inhalation 100.

18. Jan. Allgemeinbefinden besser. Herzklopfen seltner. Befund am Herzen derselbe.

16. Feb. Herzdämpfung beginnt am untern Rand der 3. Rippe. Rechtseitige Dämpfung wie früher links nicht ganz bis zum Spitzenstoss. An der Spitze über der Mitralis zwei Geräusche, am rechten Ventrikel erster Ton von einem kurzen Geräusch begleitet, ebenso der erste Ton an der Aorta, der zweite unrein, zweiter Pulmonalton accentuirt.

Am 17. Feb. wurden die Inhalationen ausgesetzt.

IV.

Nachdem Injectionen von Curarelösung unter die Haut als Heilmittel gegen Tetanus zuerst von Vella[1]) angewandt und empfohlen worden waren und sodann von Chassagniac, Proca, Gherini [2]) und vielen Andern mit einem Erfolge angewandt worden waren der etwa zu gleichen Hälften günstig und ungünstig, also immer noch im Ganzen viel besser ausfiel, als der aller andern Mittel, hat weiterhin Benedict in Wien dasselbe als antiepileptisches Mittel empfohlen. Die nachstehenden zwei Fälle hatten bei von organischen Rückenmarkserkrankungen ausgehenden Krampfzuständen, günstige Erfolge dieses Mittels aufzuweisen. Die subcutanen Injectionen einer einprocentigen Lösung wurden je über den andern Tag am Rücken mit 6—8 Tropfen gemacht. Bei einer nach acuter Myelitis zurückgebliebenen Contractur der untern Extremitäten, die so hochgradig war, dass fortwährend je eine Ferse an die Hinterbacke der andern Seite

1) Schmidts Jahrbücher Band 112 p 228.

2) ibidem. Band 116. p 177.

angedrückt war, (Flexion im Knie, Krampf der Adductoren, Kreuzung der Unterschenkel.) wurde freilich mit Zuhülfenahme des constanten Stromes und gewaltsamer Extention, wenigstens eine sitzende Stellung ermöglicht, also Ober- und Unterschenkel in rechten Winkel zu einander gebracht. Bei einer chronischen Myelitis mit allnächtlichen, den Schlaf störenden, schmerzhaften Krämpfen der Beugemuskeln der untern Extremität, hörte dieses lästige Symptom in evidenter Weise kurz nach dem Beginnen des Curareinjectionen auf.

1. Kyphoscoliose, rheumatische Myelitis, Lähmung der untern Körperhälfte, äusserst hochgradige Contractur der untern Extremitäten, Streckung durch Galvanisation und Curare ermöglicht bis zu sitzender Stellung.

K. 26 Jahr, vom 28. Mai 1862 an mehrmals behandelt. Als Kind rhachitisch, daher die bestehende starke Kyphose und Verkrümmung des Thorax. Mit acht Jahren Masern, seitdem gesund bis zu einer Erkältung auf dem Eis im Februar 1862. Seit dieser Zeit ab und zu Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Schwäche, Gefühl von Taubheit, Ameisenkriechen in den untern Extremitäten, nach drei Tagen völlige Functionsbehinderung. Dazu gesellten sich retardirter Stuhl, Harnträufeln, später unwillkührliche Zuckungen der Beine, besonders auf äussere Reize.

Status praesens. Geringer Stand der Ernährung. Brustorgane zeigen bis auf die durch die Thoraxform gesetzten Abweichungen normales Verhalten. Leib eingezogen. Untere Extremitäten vollkommen bewegungslos, Sensibilität aufgehoben, dessgleichen in der Unterbauchgegend und bis gegen die Lendenwirbel. Beine abgemagert, in Hüft- und Kniegelenk stark flectirt, Knie fest gegen einandergepresst, so dass sie durch weiche Zwischenlagen vor gegenseitigem Druck geschützt werden müssen. Unterschenkel gekreuzt, der Länge nach an den Oberschenkeln fest anliegend, so dass kaum die flache Hand dazwischen geführt werden kann, die nach einwärts gedrehten Füsse mit der Ferse je die Hinterbacke der andern Seite berührend.

Allgemeinbefinden dabei fast ungestört. Schlaf und Appetit gut. Geringe abendliche Fieberbewegungen, später öfter sich wiederholendes Frieren. Es wurde damals innerlich eine tonisirende Behandlung mit Chinin und Eisen befolgt, äusserlich in Interallen 9mal das ferrum candens am Rücken applicirt.

Der Kranke trat am 16. Sept. in so fern gebessert aus, als geringe Beweglichkeit der Zehen und die Sensibilität des rechten Oberschenkels zurückgekehrt waren.

Am 21. Juli 1864. trat Patient wieder ein, wesentlich in demselben Zustande und mit wie früher bestehender Contractur beider unterer Extremitäten. Zur Behandlung wurde jetzt der constante Strom in An-

wendung gezogen, jedoch bis zum Austritt des Kranken am 8. Aug. ohne wesentlichen Erfolg.

Wiedereintritt am 31. Aug. 1866. Ernährung im Ganzen wenig geändert. Unter Extremitäten stark atrophisch. Contractur fast noch hochgradiger wie früher. Fersen fest an den Oberschenkeln anliegend, diese wiederum an den Leib heraufgezogen. Der Kranke klagt über Aufstossen, Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Herzklopfen und spontane und bei Berührung auftretende Zuckungen in den unteren Extremitäten.

Am 15. Sept. wurde mit Injectionen einer Lösung von Curare (1: 100 gtt. IV.) begonnen, dieselben wurden einen Tag um den andern wiederholt.

19 Sept. Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Aufstossen dauern an. Starke Zuckungen in den Beinen. Puls 86. Temperatur 29, 8.

21. Sept. Allgemeinbefinden etwas besser. Zuckungen geringer. Puls und Temp. normal.

22. Sept. In der Nacht wenig Zuckungen. An den Injectionsstichen etwas Schmerz.

23. Sept. Appetit etwas besser. Zuckungen geringer.

24. Sept. Neben den Injectionen wird der constante Strom wieder in Anwendung gezogen. Starke Zuckungen. Es ist eine Streckung der Beine in geringem Grade möglich.

25. Sept. Häufige Zuckungen. Puls und Temperatur normal.

27. Sept. Allgemeinbefinden gut.

30. Sept. Bei Anwendung des constanten Stroms heftige Zuckungen. Streckversuche mittelst zwischen die Unter- und Oberschenkel eingebrachter Kissen werden nicht lange ertragen.

6. Oct. Spontane Zuckungen fast ganz gehoben. Bei der Wirkung des constanten Stroms ist eine passive Streckung der Unterschenkel um mehrere Zoll möglich.

10. Oct. Injection von V Qtt. 1%iger Lösung. Streckversuche nach Application des Stromes haben keinen grösseren Effect. Von Neuem heftige Zuckungen.

Vom 20. Oct. ab wurden die Injectionen ausgesetzt.

Am 27. Oct. trat Patient aus.

Nach späteren Nachrichten wurden sowohl die Injectionen als Streckversuche zu Hause fortgesetzt und die in der Anstalt erzielte Entfernbarkeit der Ferse auf 37 Ctmtr. von der Hinterbacke, bis zum rechten Winkel erweitert, das Knie vom Bauch entsprechend entfernt, die Kreuzung der Unterschenkel beseitigt und so das Sitzen auf dem Stuhl ermöglicht.

2. Myelitis chronica. Nächtliche chronische Krämpfe der untern Extremitäten durch Curareinjectionen beseitigt.

Johann K., 38 Jahr aus Kolba. Porzellanarbeiter, wird seit dem 14. Nov. 1865 behandelt. Im 11. Jahre Intermittens, mit 19 Jahren erlitt er einen Sturz aus Stockwerkhöhe, im 20. Jahre 7 Wochen lang Typhus, mit 32 Jahren 4 Wochen an einer Brustkrankheit bettlägerig, zwei Jahre darauf Gelenkrheumatismus. War in letzter Zeit viel zum Stehen und Gehen bei seiner Beschäftigung genöthigt. Bemerkte bereits seit vorigem Winter zunehmende Schwäche der untern Extremitäten; später Gebrauchsunfähigkeit und Auftreten von spontanen Zuckungen.

Status praesens. Gute Ernährung. Brustorgane ohne Veränderung. Obere Extremitäten schwach, zu feineren Bewegungen, z. B. Schreiben, fast unbrauchbar. Sprache zitternd. Pupillen eng. Mit den untern Extremitäten kann Patient im Bette alle Bewegungen machen, ausserhalb ist schon blosses Stehen nur mit Mühe und schwankend möglich, im Dunkeln starkes Schwanken. Beim Gehen gerathen die Füsse über- und voreinander. Der Boden wird noch gefühlt. Sensibilität der Unter- und Oberschenkel abgeschwächt.

Es wurde damals eine Behandlung mit Arg. nitr. und dem constanten Strom begonnen.

Mitte Februar 1866 stellte sich Urinincontinenz

und retardirter Stuhl ein. Später Gefühl von Schnüren in der epigastrischen Gegend. Die spontanen Zuckungen breiten sich weiter nach oben aus und treten an den Beinen häufiger, besonders Nachts und auch auf Berührung auf. Nach dem Gebrauch von heissen Sandbädern trat zeitweilige Besserung der Zuckungen ein. Allgemeinbefinden dabei meist relativ gut.

Unter ziemlich unverändertem Fortbestehn dieses Zustandes wurden vom 29. März 1867 an Injectionen von Curarelösung (1: 100 gtt. VI.) einmal täglich begonnen.

4. Mai. Allgemeinbefinden leidlich. Appetit gut. Stuhl träge, meist nur auf abführende Mittel. Untre Extremitäten können im Bette ziemlich bewegt werden. Der Oberkörper kann nur mit Mühe und Hülfe der Arme aufgerichtet werden. Die Zuckungen treten unter Tag wenig, ebenso auch des Nachts weniger auf. Urin träufelt fortwährend ab.

17. Mai. Subjectives Befinden gut. Leidlicher Schlaf. Die unwillkürlichen Zuckungen kommen während des Wachens fast gar nicht mehr vor.

28. Mai. Zuckungen seltner, meist bei Witterungswechsel eintretend. Schlaf gut. Stuhl tritt von 2 zu 3 Tagen spontan ein.

Die Injectionen werden täglich und mit wechselndem Erfolg fortgesetzt.

12. Sept. Allgemeinbefinden gut. Obere Extremitäten gebrauchsfähig. Bewegungen der untern Ex-

tremitäten rufen zahlreiche Muskelzuckungen hervor, bis zu starrer, tetanusähnlicher Streckung des Beins. Bewegung im Fussgelenk unmöglich. Hochgradige Gefühllosigkeit beider Füsse, mässige der Unter- und Oberschenkel. Bedeutende Erhöhung der Reflexthätigkeit.

14. Oct. Patient konnte den ganzen Tag im Bett sitzen, ohne dass Zuckungen eintraten.

V.

Ueber die günstigen Wirkungen des Terpenthinöls und Kiefernadelöls, sowohl zur Desinfection des Secrets, als auch zur Verminderung der Secretion, sind bereits früher von F. Holzhausen[1]) Belege aus hiesiger Klinik mitgetheilt worden. Diese Erfolge sind seither noch mehrfach erzielt worden. Den Grund wesshalb man sie mitunter bei rein halbseitigen, den grössten Theil einer geschrumpften Lunge durchsetzender Bronchectasien vermisst, glaube ich in der geringen inspiratorischen Erweiterung der eingesunknen Brusthälfte, und der vermehrten der gesunden, sehen zu müssen. Der grösste Theil der Terpenthindämpfe, oder auch zerstäubter Medicamente die inhalirt werden, gelangt in die Bronchien der gesunden (resp. emphysematösen) Lunge, ohne dort etwas nützen zu können. Diesem Uebelstande kann abgeholfen, die Inhalation nach der

[1]) Ueber Bronchectasie. Jena 1845.

kranken Seite dirigirt, und ausserdem noch eine heilsame Gymnastik der Respirationsmuskeln der kranken Seite geübt werden, wenn man solche Kranke auf der durch ein Kissen unterstützten gesunden Seite liegend ihre Inhalationen vornehmen lässt. Ueberzeugt man sich bei Gesunden leicht, dass eine solche Lagerung nicht allein die sichtliche Wölbung und den messbaren Umfang der betreffenden Seite vermehrt, sondern auch die percutorische Diaphragmagränze der Lunge bei der Inspiration bis zur gänzlichen Ausfüllung des Complementärraumes herabrücken macht, so kann ein Fall wie der nachstehende auch zeigen, dass eine geschrumpfte Lunge durch solches Verfahren dauernd wieder erweitert werden kann, und dass dieser Gewinn in der schärfsten Weise durch die Messung sich nachweisen lässt. Die Schrumpfung der Seite war in diesem Fall so bedeutend, dass die Verschiebung des Mediastinums in ganzer Länge sich nachweisen liess, dass die Trachea bei sonst normalen Verhältnissen der Halsorgane mit dem Ende ihres Halstheils nicht in der Jugulargrube, sondern hinter dem Rande des linken Sternokleidomast. lag. Auch ein fast zollgrosser Unterschied in dem Stande des Diaphragma's zu Ungunsten der linken Seite konnte nachgewiesen werden.

Linkseitige Bronchectasie eines Cigarrenarbeiters nach einer acuten Brustkrankheit entstanden. Besserung bis zur völligen Arbeitsfähigkeit durch Einathmung von Oleum Terebinth, dann von Ferum sesquichlorat.

Wilhelm B., 35 Jahr, aus Zwätzen bei Gera. Cigarrenarbeiter, vom 27. Nov. 1866 bis 19. Jan. 1867 behandelt, hatte als Kind Masern und Scharlach, im 16. Jahre eine angebliche Hirnentzündung, später bis vor 2 Jahren gesund. Arbeitet seit dem 11. Jahre in einer Tabaksfabrik. Erkrankte im Herbst 1864 plötzlich mit stechenden Schmerzen auf der Brust; Husten mit wenig Auswurf. Damals 14 Tage arbeitsunfähig. Drauf nach kurzer Reconvalescenz wieder 16 Wochen bettlägerig an denselben Symptomen, zu diesen gesellte sich jetzt Blut in den Sputis, von blutiger Tingirung und Gerinnseln bis zu arteriellen Blutungen von mehreren Unzen, und foediter Geruch des Auswurfs. Später im Sommer 1865 Pockeneruption. Husten mit blutigen Sputis blieb seitdem bestehn, später Abmagerung, starke Schweisse.

Status praesens. Ernährung unter mittel. Extremitäten kühl, Nagelglieder kolbig, Stimme belegt, Trachea aus der Jugulargrube hinter den innern Rand des Sternocleidomastoideus nach links gerückt. Thorax lang, Sternovertebraldurchmesser klein, Schulterblätter abstehend, das linke tiefer als das rechte. Linke Seite vorn flacher. Intercostalgruben tiefer, mit ge-

ringeren Excursionen beim Athmen. Diaphragma rechts am Rippenbogen, links fast zwei Querfinger breit höher. Herzstoss im fünften und sechsten Intercostalraum sichtbar nahe der vorderen Axillarlinie. Herzdämpfung beginnt neben dem Sternum am untern Rand des 6. Rippenknorpels, lässt sich in der Papillarlinie nach oben noch bequem abgränzen, steht am untern Rand des 5. Rippenknorpels, geht von der Papillarlinie nach aussen und oben in eine Dämpfung der Lunge über, nach aussen deutlich abgränzbar bis fast zur vorderen Axillarlinie. Percussionsschall rechts über- und unterhalb der Clavicula hell und voll, links ebendaselbst stark tympanitisch mit exquisiter Höhenänderung, weiter unten bruit du pot fêlé und Dämpfung, die mit der Herzdämpfung verschmilzt. Neben dem Sternum auf der linken Seite, etwa den Anaetzen der Rippenknorpel entsprechend bis zum 5. Rippenknorpel heller, voller Schall, der nach unten zu in einer schiefen Linie die Rippenknorpel dem Sternum immer etwas näher schneidet, und dann in die Herzdämpfung übergeht. Links hinten oben Dämpfung, nicht tympanitisch, rechts ebenfalls leichte Dämpfung. Diaphragma am 12. Brustwirbel. Man auscultirt links vorn starkes Bronchialathmen mit grossblasigen Rasselgeräuschen bis zur Herzgegend, hinten rauhes Vesiculärathmen. Rechts Vesiculärathmen mit klingenden, kleinblasigen Rasselgeräuschen. Leberdämpfung fast bis zum Nabel. Körpergewicht 117 Pd.

Am 23. Nov. wurden Inhalationen von Ol. Terebinth. mit Lagerung des Patienten auf der gesunden Seite begonnen.

Auswurf etwa zwei Unzen, confluirend, theils schleimig-eitrig, theils chocoladefarben; ohne Geruch, reagirt etwas sauer. Urin 800 Centm. sp. Gewicht 1033.

1. Dec. Auswurf fast rein gelb, nur einzelne chocoladenfarbne Sputa. Es wird von jetzt an Liquor ferr. sesquichlorat. zu den Einathmen in rechter Seitenlage verwendet.

2. Dec. Sputa gering, einzelne Streifen von schwärzlicher Färbung. Urin 1500 Ctm. spec. Gewicht 1016.

11. Dec. Inhalationen werden gut vertragen. Auswurf sehr spärlich, zum Theil confluirend.

20. Dec Die heute vorgenommene Messung des Brustkorbs ergiebt die Circumferenz gemessen vom Proc. spinos. des Brustwirbels in der Papillarhöhe bis zur Mittellinie des Sternum's, linkerseits $40^1/_2$ Ctm. rechterseits $42^1/_2$ Ctm.

31. Dec. Auswurf gering. Befinden gut Husten wenig, nur am Morgen. Sputa mit zahlreichen schwarzen Pigmentstreifen. Die Inhalationen in rechter Seitenlage werden jetzt 3mal täglich gemacht.

18. Jan. Die heute in derselben Weise vorgenommene Messung des Brustkorbs ergiebt linkerseits 44 Ctm., rechterseits 45 Ctm. Linke Seite erscheint weniger flach, die linke Papille steht tiefer. Percussi-

onsschall über der linken Clavicula leer und deutlich tymphanitisch, nach abwärts der Schall auf der ganzen Seite kürzer als rechts, aber voller als früher. Geräusch des gesprungenen Topfes nicht mehr wahrnehmbar. Rauhes Vesiculärathmen. Bedeutende Besserung der Ernährung. Körpergewicht 131 Pfd.

Am 19. Januar entlassen.

Thesen.

I.

Von den gegen allgemeine Wassersucht angewandten Heilverfahren, verdient die energische Diaphorese das meiste Vertrauen.

II.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe ist zu verwerfen.

III.

Zur Anschlingung eines Fusses ist der Trefurt'sche Schlingenträger das vorzüglichste Instrument.

IV.

Die Syphilis ist für den Arzt keine Schuld, sondern eine Krankheit.

Thesen.

I.

Von den gegen allgemeine Wassersucht angewandten Heilmitteln verdient die energische Diaphorese das meiste Vertrauen.

II.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe ist zu verwerfen.

III.

Zur Anschauung eines Fundus ist der Trefurt'sche Schlingenträger das vorzüglichste Instrument.

IV.

Die Syphilis ist für den Arzt keine Schuld, sondern eine Krankheit.